

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 juillet 1908, à 1 heure

Par LOUIS DE LE VALLÉE

Né à Hébuterne (Pas-de-Calais), le 26 Avril 1882

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ESSAI

DE

PROPHYLAXIE DES AFFECTIONS CONTAGIEUSES

à la Consultation du

Dispensaire de la Caisse des Ecoles du VII^e Arrondissement

1, Rue Oudinot

Président . M. ROGER, Professeur.

Juges : MM. BRISSAUD, Professeur.

GLEY,
LOEPER, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....	QUENU.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BALLET (Gilbert).
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	LE DENTU.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.....	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.....	BAR.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL, <i>Chef des</i>
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	<i>travaux anatom.</i>
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	SICARD.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

24
A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur G.-H. ROGER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE
Médecin de l'Hôpital de la Charité

A Monsieur le Docteur BRESSET

Directeur du Dispensaire de la Caisse des Ecoles du VII^e Arrondissement.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES PREMIERS MAÎTRES

de l'Ecole de médecine d'Amiens.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous terminons nos études, nous nous faisons un devoir d'adresser nos très vifs et bien sincères remerciements à tous ceux de nos maîtres qui ont contribué à notre enseignement médical.

Qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le Prof^r G.-H. Roger, toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit également permis d'adresser ici l'expression de notre gratitude à M. le D^r Bresset, directeur du Dispensaire de la Caisse des Ecoles du vi^e arrondissement.

Nous nous rappelons volontiers l'excellent accueil qu'il nous fit lorsque nous lui fûmes présenté il y quelques mois. Depuis nous n'avons cessé d'assister aux consultations qu'il donne trois fois par semaine au Dispensaire de la rue Oudinot.

Il nous a été loisible pendant ce temps, tout en nous initiant à l'art de la Puériculture, de nous rendre compte de l'aménagement et du fonctionnement de cet établissement.

Nous avons remarqué l'ordre et la discipline qui règnent à chaque consultation, [aussi bien dans la salle d'attente que dans les salles de déshabillage et

d'examen médical. Mais nous avons été surtout frappés de voir quelles minutieuses précautions M. Bresset avait prises pour éviter la contagion intérieure des maladies infectieuses.

Cette question de prophylaxie, nous paraissait d'ailleurs des plus intéressante à étudier, et nous ne saurions avoir trop de reconnaissance envers le Dr Bresset, qui nous donna sur ce sujet tous les détails nécessaires, et voulut bien nous permettre d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous adressons enfin tous nos remerciements à notre excellent ami G. Détré, interne des hôpitaux, et assistant du Dr Bresset, pour les bons conseils qu'il n'a cessé de nous donner et qui nous ont permis de mener à bien ce travail.

INTRODUCTION

« L'enfance (1) est la période la plus favorable à la
« transmissibilité des maladies. La rougeole, la coque-
« luche, les oreillons, la diphtérie, la scarlatine, etc.,
« sévissent sur la seconde enfance avec une intensité
« exceptionnelle. La nouveauté du terrain non encore
« vacciné et aussi sa qualité, sont les causes de cette pré-
« dilection des maladies contagieuses pour les enfants ;
« à ce point, qu'on peut être à peu près certain, que
« *toute réunion d'enfants un peu nombreuse* sera suivie,
« dans le temps réglementaire, de l'éclosion de l'une
« quelconque ou de plusieurs de ces maladies. Il est rare,
» en effet, que l'un de ces enfants ne commence une
« rougeole ou n'achève une coqueluche, pour ne parler
« que de ces deux maladies. Par ignorance ou par
« imprudence, on les mêle aux enfants sains, cela suffit,
« le contact fut-il court ou indirect ».

Les consultations des Hôpitaux d'enfants, les Dispensaires, les Consultations de nourrissons, les Gouttes de lait n'échappent pas plus que toute autre réunion d'enfants à la loi commune. Il est aussi puéril d'y nier la possibilité de contagion que de vouloir profiter de cet

(1) GRANCHER. Préface du *Traité des maladies de l'Enfance*, p. VI (1^{re} édit.).

inconvenient manifeste pour jeter l'anathème sur des Œuvres de bienfaisance, qui rendent aux enfants de la classe ouvrière d'incontestables services.

Il est, croyons-nous, préférable de rechercher par quels moyens nous pouvons, sinon supprimer, du moins éviter, dans la mesure du possible, la contagion dans les salles d'attente, c'est ce qui nous a décidé à écrire sur ce sujet notre thèse inaugurale.

En ce qui concerne les salles d'attente des Hôpitaux d'enfants, la question a été discutée en 1889 à la Société médicale des Hôpitaux, qui, à l'unanimité, émit entr'autres vœux celui de déléguer un interne pour faire un « *triage* » des malades à leur arrivée ; et il est de toute justice de reconnaître que cette importante réforme fut presque immédiatement réalisée par l'Assistance publique. Les Œuvres de Bienfaisance privée qui ne possèdent pas un personnel médical numériquement suffisant pour assurer d'une façon aussi rigoureuse la sélection des malades dès leur entrée, sont obligés d'avoir recours à leur personnel secondaire pour assurer tant bien que mal ce service de sélection.

Cette importante question a fait depuis 1889 l'objet de plusieurs discussions, tant à la Société Obstétricale de France, en 1902 (1) qu'à l'Académie de Médecine en 1907 (2), elle reste donc d'actualité.

Pendant les quelques mois que nous avons passés au Dispensaire de la Caisse des Ecoles du VII^e arrondissement, nous nous sommes rendus compte des moyens

(1) *Société Obstétricale de France*, 1902, p. 370.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1907, p. 60 et 99.

prophylactiques mis en œuvre par le Dr Bresset pour éviter la diffusion des maladies contagieuses à ses consultations, et nous avons pu en apprécier l'efficacité.

Nous avons pensé faire œuvre utile en étudiant ici, dans tous ses détails, cette intéressante question de la contagion.

Après avoir fait, dans une première partie, en quelque sorte l'historique de la question, nous exposerons ensuite en détail l'ensemble des moyens prophylactiques en usage dans cet établissement et qui permettent d'éviter, dans la mesure du possible, la diffusion des maladies contagieuses.

Nous étudierons dans un dernier chapitre les différentes affections contagieuses qui se sont présentées au Dispensaire de la Caisse des Ecoles du vi^e arrondissement, depuis le 1^{er} janvier 1900 jusqu'au 1^{er} juillet 1908, rappelant, à propos de chacune d'elles, les données classiques sur l'époque et le mode de contagion, données auxquelles, d'ailleurs, nous n'ajouterons rien de personnel.

Nous terminerons par la description et un rapide exposé du fonctionnement du Dispensaire.

TABLEAU des décès de tout âge par Variole, Rougeole, Scarlatine, Coqueluche, Diphtérie à Paris de 1903 à 1907 (1).

ANNÉES	Variolc	Rougeole	Scarlatine	Coqueluche	Diphtérie
1903	21	446	137	204	399
1904	65	586	76	313	260
1905	117	424	43	309	206
1906	18	447	97	270	214
1907	63	480	394	339	281
TOTAUX.....	284	2583	747	1435	1358
Moyenne annuelle	56	516	145	287	271

Ce tableau nous montre que, pendant ces cinq dernières années, la Variole, la Rougeole, la Scarlatine, la Coqueluche et la Diphtérie ont causé à Paris 6,407 décès (moyenne annuelle 1280). Et cependant toutes ces maladies sont des maladies évitables.

(1) D'après les *Annuairea statistiques de la ville de Paris*.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les premières commissions médicales qui, depuis la création des Hôpitaux spéciaux pour enfants, avaient été chargées d'étudier les moyens d'enrayer les cas de contagion intérieure, alors si nombreux, n'avaient pu obtenir de l'Administration aucune des réformes que réclamaient à ce sujet tous les médecins d'enfants. Nous trouvons en effet dans le rapport de la Commission de 1835 (1) : « A aucun âge, les maladies contagieuses ne « sont aussi fréquentes que dans l'enfance et cependant « il n'existe à l'Hôpital des Enfants Malades aucun « moyen d'isolement pour ces maladies. »

Mais les médecins de cette époque ne purent que signaler le mal sans pouvoir y apporter de remède, et pendant de longues années encore, la contagion fut grande dans les Hôpitaux d'Enfants, ce qui faisait dire à Archambault (2) en 1880 : « A l'Hôpital des Enfants « Malades on ne meurt pas de la maladie qui vous y « amène, mais de celle qu'on y contracte. »

(1) SIGURET. *Histoire de l'Hospitalisation des Enfants Malades à Paris*. Th. de Paris, 1907.

(2) *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux*, 1880.

Ce n'est qu'en 1889 que la Société médicale des Hôpitaux, reprenant cette importante question, parvint, à la suite d'une longue discussion, à faire aboutir la plupart des réformes demandées. Elle s'occupa tout d'abord des Consultations externes. En effet, comme le disait Ollivier (1) : « Un des grands dangers de dissé-
« mination des maladies contagieuses, et de la diphtérie
« en particulier, consiste dans le séjour prolongé des petits
« malades atteints de ces affections dans la salle de
« consultation, au milieu d'enfants qui en sont indemnes;
« ces derniers sont contagionnés et retournent chez eux
« dans des quartiers souvent éloignés où ils vont créer
« un foyer nouveau de contagion. »

Mais Ollivier ne se bornait pas à indiquer le mal, il proposait aussi le remède. « Il serait indispensable,
« disait-il, d'avoir, dans les Hôpitaux d'enfants, un in-
« terne qui, au fur et à mesure de l'arrivée des malades
« atteints de maladies contagieuses, les répartirait sur
« les salles d'isolement, suivant la nature de leur affec-
« tion. Les cas douteux de diphtérie, les angines avec
« blanc, seraient placées dans des chambres spéciales
« d'isolement préventif, de façon à ce qu'ils ne puissent
« communiquer à d'autres la diphtérie dans le cas où
« ils en seraient atteints, et aussi de façon à ce qu'ils
« ne puissent eux-mêmes la contracter s'ils n'avaient
« qu'une angine pultacée ou herpétique. Ce service de
« sélection pour maladies contagieuses serait fait avant
« l'arrivée du médecin consultant et préviendrait bien
« des contagions. »

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1889.

Ce vœu d'Ollivier fut adopté par tous les membres de la Société médicale des Hôpitaux et transmis à l'Administration qui le réalisa.

Depuis cette époque, dans tous les Hôpitaux d'enfants, chaque Consultation possède un interne ou un externe chargé de la sélection que réclamait Ollivier.

En même temps, la création de boxes d'isolement attenant aux salles de la consultation externe fut réclamée par M. Comby (1) qui, dès cette époque, insista sur les mesures prophylactiques à prendre dans les Dispensaires d'enfants, dépendant de la Bienfaisance privée.

En 1889, il n'en existait guère plus d'une demi-douzaine, mais depuis quelques années on s'est beaucoup intéressé aux questions relatives à la protection de l'enfance. De tous côtés, des âmes généreuses répondant à l'appel de ceux qui semaient la bonne parole, l'on vit se fonder tant à Paris qu'en province, des Dispensaires, des Consultations de nourrissons, des Gouttes de lait, qui, chaque jour, vont se multipliant, si bien qu'à Paris seulement, leur nombre atteint aujourd'hui presque la centaine.

Cependant, M. Comby mis à part, il ne semble pas que la prophylaxie des maladies contagieuses ait beaucoup préoccupé les médecins qui ont fondé les premiers Dispensaires et on ne trouve nulle part dans le livre du Dr Foville (2), mention des mesures prises contre ces maladies dans les Dispensaires qu'ils a visités.

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1889.

(2) FOVILLE. *Les nouvelles institutions de bienfaisance*, Paris, 1888.

Le fait, en lui-même, n'a rien qui puisse nous étonner si l'on veut bien réfléchir que toutes les affections contagieuses de l'enfance ont une période d'incubation plus ou moins longue et que, par exemple, les parents n'auront jamais l'idée d'établir une relation de cause à effet entre la rougeole d'un enfant et son passage à la consultation douze ou quinze jours auparavant.

D'autre part les fièvres éruptives, à la période d'état, sont soignées ou à domicile, ou à l'hôpital, jamais au dispensaire où l'enfant n'est ramené (quand il y est ramené) qu'après sa convalescence. Avec l'habitude qu'ont généralement les parents de cacher soigneusement au médecin une maladie traitée par un autre médecin, il y a de grandes chances pour que, dans presque tous les Dispensaires, on ignore constamment ce qui s'est passé, et que, de bonne foi, certains médecins de ces Œuvres privées affirment n'avoir jamais observé d'épidémies parmi les enfants venus à la consultation.

Il nous faut arriver au travail du Dr Traverse (1) en 1899, pour trouver quelques renseignements sur la façon de réaliser la prophylaxie des maladies contagieuses dans les Dispensaires d'enfants.

« L'isolement idéal, comme le dit Traverse, serait « assuré par un médecin résidant ou un étudiant attaché « au Dispensaire, et qui verrait l'enfant dès son entrée « avant qu'il ait subi tout contact avec d'autres malades ».

Mais il faut bien le reconnaître, cette condition est difficilement réalisable, et l'auteur lui-même en doute si

(1) TRAVERSE. *Etude sur les Dispensaires pour enfants malades à Paris*. Th. de Paris, 1899.

fort, qu'il s'empresse, quelques lignes plus loin, de nous proposer un autre moyen : « Il faudrait, dit-il, un système de boxes étroites et nombreuses, closes de toute part, chacune d'elles étant exclusivement réservée à un enfant avec sa mère et ses frères ou sœurs, s'ils sont présents (car on peut considérer ceux-ci comme contaminés *a priori*, par le fait de la cohabitation familiale) trouver quelque chose qui soit en petit le système d'isolement rigoureux pratiqué dans l'intérieur des grands hôpitaux à Paris ».

Traverse nous propose tout simplement ce que Grancher (1) a appelé la « sélection par cellule », système reconnu impraticable.

Faute de sélection et d'isolement cellulaire, Traverse nous indique une troisième méthode qui consisterait à « afficher dans les salles d'attente, et à enjoindre avec insistance à ceux qui amènent les petits malades, de signaler spontanément à la directrice du Dispensaire, toujours présente, les doutes qu'ils peuvent avoir sur la contagiosité des maladies de leurs enfants. »

La question en était là, lorsque l'élan donné par Budin à la création des Consultations de nourrissons, vint de nouveau attirer l'attention sur la contagion dans les agglomérations d'enfants.

En 1902, dans une séance de la Société obstétricale de France consacrée aux résultats obtenus dans les consultations de nourrissons, MM. Porak et Katz (2) ont rap-

(1) GRANCHER. *Préface du Traité des maladies de l'Enfance*, 1^{re} édit. p. 10.

(2) PORAK et KATZ. La consultation des nourrissons à la Maternité pendant l'année 1901. *Annales de la Société Obstétricale de France*, 1902, p. 350.

porté quelques observations de rougeoles contractées dans la salle d'attente de la Consultation de nourrissons de la Maternité et ont montré qu'en y venant, les enfants couraient quelques risques de contagion. En ce qui concerne la Maternité, les dangers de contagion n'ont rien qui puisse nous surprendre, puisque dans cet établissement, comme le fait remarquer M. Porak, dans sa communication : « L'isolement des enfants atteints
« d'une maladie contagieuse ou des suspects n'existe
« pas. Les enfants attendent tous, dans une même pièce,
« leur tour de consultation ».

Puis M. Chavane cita des cas identiques qui s'étaient produits à la Consultation de nourrissons de la Charité, alors que pendant les vacances de 1893, il y suppléait M. Budin.

Comme conclusion à cette discussion, on émit le vœu qu'il fut installé dans toute Consultation une petite pièce d'isolement pour les nourrissons suspects d'être atteints d'une maladie infectieuse. De cette façon, « le médecin,
« immédiatement prévenu, dit Chavane, prendra telles
« mesures que comportera la situation pour empêcher
« tout contagement s'il y a lieu. » C'était en somme la manière d'agir de Budin (2) : « Pour notre part, dit-il, aucun
« nourrisson n'est admis à pénétrer dans la salle commune, sans avoir été vu par un des moniteurs de
« notre service ; s'il y a quelques doutes sur son état, si
« on craint une rougeole ou quelque autre maladie contagieuse, il ne rentre pas avec les autres. »

(1) CHAVANE. *Annales de la Société Obstétricale de France*, 1902, p. 338.

(2) BUDIN. *Ibid.*, p. 374.

Mais toutes ces précautions ont-elles été suffisantes pour enrayer d'une façon absolue les contagions intérieures ? Il ne le semble pas, car M. Chavane reconnaît que, malgré tout ce qu'il a fait, il a vu éclore une épidémie de rougeole qui causa la mort de deux enfants.

Dans la très complète et très intéressante monographie de l'Œuvre médico-chirurgicale consacrée par M. Maygrier aux Consultations de nourrissons, nous trouvons un simple résumé de la discussion précédente.

Enfin, au mois de juillet 1907, une communication de M. Vidal (d'Hyères) sur la mortalité infantile dans le Var, fournit à M. Pinard (1), l'occasion de répéter qu'il considérait « toute agglomération d'enfant, dans une même lieu, « comme une chose particulièrement dange-reuse ». A quoi M. Porak (2) répondit : « Les risques « de contagion constituent une objection, très réelle et « très grave. Les médecins qui voudront ouvrir des « Consultations de nourrissons devront en être con- « vaincus et prendre les mesures nécessaires pour éviter « ce danger ; sinon, ils compromettront leur tentative. « Dans les Consultations très fréquentées et bien « dirigées, on doit aménager des locaux spéciaux pour « isoler les enfants malades qui, en principe, n'auraient « même pas dû venir, ou préposer à la réception une « personne capable de distinguer les enfants suspects et « ayant la mission de les éloigner. Dans les grandes « villes où on connaît mal sa clientèle, ces précautions

(1) PINARD. *Acad. de Médecine*, 9 juillet 1907, p. 60.

(2) PORAK. *Acad. de Médecine*, 16 juillet 1907, p. 101.

« doivent s'imposer au médecin qui dirige la Consul-
« tation.

« Dans les petites villes où tout le monde se connaît,
« où on a grand peur de contracter une maladie auprès
« d'un enfant malade, il semble qu'il sera plus facile
« d'éviter la contagion.

« Le problème, pour sérieux qu'il soit, ne paraît pas
« insoluble. Il ne semble pas qu'en fait, la contagion soit
« fréquemment observée dans les Consultations de nour-
« rissons. Sous la réserve des précautions à prendre, il
« ne faut pas se faire un spectre de la contagion, car
« alors on ne devrait pas entrer dans une voiture de
« place ; il serait interdit de faire jouer un enfant dans
« un jardin public ou de l'envoyer à l'école. Tous les
« actes d'une vie active comportent quelques risques.
« Par ce temps d'automobilisme à outrance, on ne
« devrait plus sortir de chez soi si on avait peur d'être
« écrasé ».

Le Dr Pierre Quillier (1), dans un récent article sur le fonctionnement de la Consultation de nourrissons qu'il dirige dans le quartier de la Glacière, croit pouvoir dire en toute conscience qu'il n'y a observé pendant deux ans aucune contagion. Et il en conclut que le spectre de la contagion est théoriquement une objection des plus sérieuses, mais que cette objection tombe devant la réalité des faits.

Contrairement à M. Quillier, nous ne pensons pas que « la réalité des faits *bien observés* » nous permette de

(1) PIERRE QUILLIER. La Consultation de nourrissons du Dispensaire-Hôpital Marie Amélie. *Revue philanthropique*, 15 février 1908.

conclure à l'absence de tout danger de contagion dans les Dispensaires, Consultations de nourrissons ou Gouttes de lait ».

Pour avoir la certitude qu'un enfant contagieux admis dans une salle d'attente n'y a pas créé un foyer d'épidémie, il faut rechercher ce que deviennent ses voisins de consultation pendant les jours et même les semaines suivantes, c'est-à-dire pendant toute la période d'incubation des maladies contagieuses (Voy. tableau p. 46).

Ces recherches ne sont pratiquement possibles que si l'on a soin de faire inscrire sur un registre le nom des consultants au fur et à mesure de leur arrivée. Cette condition est-elle réalisée dans toutes les Consultations ?

C'est grâce à ce registre qu'il a été possible, au Dispensaire de la rue Oudinot, de se rendre compte des cas de contagion et de prendre les mesures nécessaires pour arrêter les épidémies, et il est fort probable que tous auraient passé inaperçus, s'il n'avaient pas été recherchés avec soin.

On voit par ce qui précède, que la question des maladies contagieuses est d'importance capitale et mérite un sérieux examen. Or, il ne semble pas qu'elle ait attiré l'attention des individualités ou des collectivités qui ont fondé depuis quelques années des Consultations de nourrissons ou des Gouttes de lait. La formule schématique donnée par M. Jonnart (1) « pour créer une Consultation de nourrissons, trois choses suffisent : une balance, un appareil à stériliser le lait et le dévouement d'un médecin » semble jusqu'ici répondre à toutes les

(1) JONNART. *Préface de Nourrissons*. p. ix. (V, Doin), Paris, 1900.

exigences des puériculteurs, à la condition d'ajouter au mobilier de la Consultation un registre d'observations des fiches et des graphiques (1).

Le chapitre qui va suivre, montrera malheureusement que les choses sont loin d'être aussi simples dans la réalité.

(1) ROBESCO. *La Mortalité infantile*. Tr. Paris, 1908, p. 50.

CHAPITRE II

Essais de Prophylaxie à la Consultation du Dispensaire.

Nous pouvons ici donner autre chose que des règles théoriques ; les mesures prophylactiques que nous allons décrire ont été ou sont mises en pratique depuis 12 ans au Dispensaire de la rue Oudinot, et il sera possible de juger de leur efficacité.

Aux deux principes de la *sélection* et de l'*isolement*, le Dr Bresset a ajouté l'*antisepsie*, appliquant au service d'une consultation de médecine générale d'un Dispensaire d'enfants les idées exposées dès 1890 par le Prof^r Grancher : « La contagion par l'air n'existe pas dans les « salles où il est interdit de cracher et où la poussière est « supprimée. Au contraire, la contagion par les objets, « c'est-à-dire par le contact direct, existe pour toutes les « maladies » (1).

Avant tout, les plus minutieuses précautions doivent être prises en ce qui concerne les locaux de la consultation. Aussi, pour l'aménagement intérieur du Dispensaire tout a été sacrifié à la propreté la plus rigoureuse. On s'est d'abord attaché à faire disparaître des salles dans lesquelles séjournent ou passent les malades, ce qui pouvait servir de réceptacle aux poussières. Les saillies,

(1) GRANCHER. *Congrès international de 1900. Section de médecine de l'Enfance*, p. 480.

les objets fixés aux murs ont été enlevés : les planchers remplacés par des carrelages céramiques ou imperméabilisés à la paraffine, là où ils ont été conservés. Il existe un double système de chauffage. Chauffage à vapeur pour la saison froide, chauffage au gaz pour le reste du temps. Tous les meubles sont en fer galvanisé ou en bois peint au ripolin et par conséquent faciles à nettoyer.

Voici maintenant comment il fut procédé au début, à chaque consultation :

La porte de la salle d'attente était ouverte toujours à la même heure ; les enfants inscrits dès leur arrivée, et sans exception aucune présentés au guichet des inscriptions.

S'il s'agit d'un enfant déjà soigné au Dispensaire dont les parents connaissent nos habitudes, et présentant quelque chose d'anormal, nous sommes immédiatement avertis et son isolement sera immédiat. Si, au contraire, le malade vient pour la première fois à la consultation, la surveillante chargée de l'inscrire interroge la personne qui accompagne l'enfant, examine le faciès du nouvel arrivant et au moindre doute le fait sortir de la salle d'attente.

Ces malades suspects, isolés des autres consultants, sont examinés immédiatement et renvoyés chez eux. Les parents ne doivent venir chercher les médicaments prescrits qu'après la fin de la consultation. Les linges et autres objets qui ont été en contact avec le malade sont enlevés aussitôt. Nous avons trop fréquemment à diagnostiquer, dans ces conditions, des rougeoles, des scarlatines, des coqueluches ou même des angines diphtériques, et cependant, avec ces simples précautions, et aussi grâce à la propreté rigoureuse de nos salles, faciles à nettoyer et fréquemment désinfectées par les vapeurs de formol ou d'eau oxygénée, il est possible de réaliser une prophylaxie à peu près suffisante des maladies contagieuses qui se présentent au Dispensaire (1).

(1) *Fonctionnement du Dispensaire*, année 1900, p. 34, G. Steinheil.

Cette méthode reposait en grande partie sur l'intelligence et l'éducation des mères, auxquelles on avait cherché à faire comprendre que le plus sûr moyen d'éviter le séjour des contagieux dans la salle d'attente était d'avertir dès leur arrivée et dans l'intérêt même de leur enfant, si ce dernier présentait quelque chose d'anormal. Elle pouvait se trouver quelquefois en défaut, soit par ignorance, soit par négligence ou même mauvaise volonté de la part des mères. Au mois de mars 1900 il survint, en effet, une épidémie intérieure de rougeole ayant pour foyer d'origine un petit malade à la période pré-éruptive de la maladie, amené à la consultation pour une conjonctivite pustuleuse, mais dont le frère, resté à la maison, était en pleine éruption rubéolique. La mère s'était bien gardée de donner ces renseignements, que le Dr Bresset n'obtint que plus tard d'un de ses confrères, le Dr Joly, médecin du Bureau de bienfaisance, qui avait été appelé dans cette maison où existait depuis un mois un foyer de rougeole. L'enfant en question était resté dans la salle d'attente commune jusqu'à l'appel de son numéro. Dans la quinzaine, sur 43 enfants amenés à la consultation en même temps que ce malade, 8 furent atteints de rougeole (soit 18,6 p. 100), 22 dont 2 ayant déjà eu la rougeole restèrent indemnes, les 10 autres n'ont pas été revus.

Ainsi la sélection, telle qu'elle était pratiquée, avec la collaboration d'une surveillante et des parents, pouvait dans certains cas être insuffisante.

En outre, par suite de l'accroissement du nombre des consultations, il devint difficile d'éviter l'encombrement dans la salle d'attente ; d'autre part, l'agglomération pen-

dant 1 ou 2 heures de 50 à 60 enfants avec leurs parents, dans une pièce, même bien aménagée mais ne cubant guère que 200 mètres, ne paraissait pas en conformité avec les principes d'une bonne hygiène. Une première réforme, facile à réaliser, s'imposait.

La salle d'attente continua à rester ouverte de 1 heure à 2, mais tous les enfants qui, pour une cause quelconque (pansements, injections hypodermiques, pesées hebdomadaires) étaient amenés régulièrement et fréquemment, ne devaient arriver au Dispensaire que de 3 h. 1/2 à 4 heures, c'est-à-dire au moment où la plus grande partie, sinon la totalité des premiers consultants avait déjà quitté le Dispensaire. Ce dédoublement de la consultation rendait, de plus, de grands services aux parents en leur évitant une attente souvent fort longue (1).

Après avoir fonctionné sans accident pendant trois ans, cette méthode ne parvint pas à empêcher le développement de trois épidémies de rougeole (mars et avril 1904, janvier 1905) survenues exactement de la même façon que celle rapportée plus haut.

L'isolement absolu étant encore plus irréalisable dans une consultation que dans une salle d'hôpital, il s'agissait d'appliquer un système, qui, tout en isolant à peu près complètement les familles les unes des autres, n'aurait pas les allures brutales du régime cellulaire.

Pour y parvenir, il fut décidé, à la fin de l'année 1905, que la consultation médicale commencerait au moment même où la porte de la salle d'attente serait ouverte aux consultants, et que cette porte serait laissée ouverte pendant 1 heure et demie au lieu de 1 heure.

(1) *Fonctionnement du Dispensaire*, année 1902, p. 10, G. Steinheil.

De plus, à partir de cette époque, une infirmière resta en permanence dans la salle d'attente. Elle inscrit l'enfant sur le registre, dès son arrivée, l'examine, avertit immédiatement le médecin s'il présente quelque chose d'anormal, sinon elle indique à la mère la place qu'elle devra occuper sur l'un des bancs de la salle d'attente; elle l'invite en même temps, dans l'intérêt de son enfant, à ne pas quitter cette place pour empêcher que celui-ci ne soit contaminé par un autre.

A priori, on objectera à ce système l'impossibilité d'obtenir des mères et des enfants une obéissance aussi rigoureuse. Cette objection aurait une grande valeur si l'attente devait se prolonger outre mesure, mais pendant notre séjour au Dispensaire, nous avons minuté très soigneusement le temps que passe chaque mère de famille dans cette salle. Dans 90 % des cas, la durée de l'attente est de dix, quinze ou vingt minutes, exceptionnellement nous l'avons vu se prolonger trois quarts d'heure.

La salle d'attente, très spacieuse, permet d'y faire[?] asseoir 36 consultants, sans qu'il y ait entre eux le moindre contact, et comme le nombre des enfants amenés à la consultation est en moyenne de 45 et ne dépasse jamais 60, et que, d'autre part, ces consultants arrivent en général les uns après les autres pendant 1 heure et demie, nous n'en avons jamais compté plus de 12 à 18 au maximum, présents en même temps dans la salle d'attente.

A partir du moment où l'enfant quitte la salle d'attente, il n'a plus à craindre aucune contagion. Dans la salle de déshabillage, il aura un tabouret et un porte-manteau individuels, en fer galvanisé, isolés de ceux de ses voisins; de plus, il y sera surveillé par une

autre infirmière, aussi rigoureusement que dans la salle d'attente.

Passant ensuite, complètement déshabillé, dans la salle de consultation, il y est pesé sur une balance dans un lange individuel en papier, et placé, dans les mêmes conditions, sur un lit d'examen.

Toutes ces précautions étant prises, il n'est guère probable qu'il puisse sortir de ces salles avec le germe d'une maladie contagieuse.

Si, au contraire, il présente quoique ce soit de suspect, son porte-manteau et son tabouret individuels sont immédiatement retirés de la salle de déshabillage, placés dans un angle écarté de la salle de consultation, très vaste (45 mètres carrés), et là, sa mère est invitée à le rhabiller rapidement, puis à l'emmener chez elle en quittant le Dispensaire par une sortie spéciale.

Telles sont les mesures de prophylaxie mises en pratique depuis la fin de l'année 1905 au Dispensaire de la rue Oudinot.

Quels en ont été les résultats? Maumené (1), dans sa thèse, rapporte qu'en 1905 on eut encore à déplorer une première fois 6, une seconde fois 3 cas de contagion de rougeole. Mais tous ces malades furent contagionnés par deux enfants amenés à la période pré-éruptive et qui sortirent de la salle de consultation et se mêlèrent aux autres enfants à la sortie sans que le diagnostic de rougeole ait été porté. Ce n'est donc pas l'isolement qui a été en défaut, mais la sagacité du médecin. Depuis cette époque, en 1907 et en 1908, 21 cas de rougeole à la période d'invasion et d'éruption furent diagnostiqués après leur passage dans la salle d'attente, et malgré toutes les recherches effectuées au moment même, il

(1) MAUMENÉ. *Le Dispensaire de la Caisse des Ecoles du VII^e arrondissement. Statistique de 18 années (1888-1905)*. Th. de Paris, 1906, p. 15, G. Steinheil.

n'a été possible de trouver que 2 cas de contagion intérieure (1).

Nous n'avons observé (toujours depuis la fin de l'année 1905) ni coqueluches, ni scarlatines, ni diphtéries contractées au Dispensaire et le fait nous semble d'autant plus intéressant que depuis un an, rougeole, scarlatine et coqueluche sont en recrudescence notable dans tous les quartiers de Paris (voir p. 12 les décès à Paris depuis 5 ans pour ces maladies). On voit que c'est surtout grâce à l'*isolement* et à l'*antisepsie* que la prophylaxie des maladies contagieuses a pu être complètement réalisée en ce qui concerne la coqueluche, la scarlatine et la diphtérie, à peu près complètement pour la rougeole. Pour cette dernière, en effet, la prophylaxie présente de sérieuses difficultés puisque « la contagion « rubéolique s'exerce surtout à la période pré-éruptive « de l'invasion, sans qu'aucun signe permette alors le « plus souvent de faire le diagnostic de rougeole (1) et que, « d'autre part, comme le dit Lesourd dans une des conclusions de sa thèse : « La désinfection comme « moyen de prophylaxie contre cette maladie n'a pas « d'action parce qu'elle est trop tardive » (2).

On nous fera remarquer certainement que cet isolement que nous venons de décrire, est une barrière bien

(1) Lorsqu'une rougeole est diagnostiquée au Dispensaire, l'habitude est de rechercher sur le registre d'inscription quels sont les enfants qui se sont trouvés le même jour à la consultation, et de faire dans la quinzaine qui suit une enquête sur leur état de santé. La chose est extrêmement facile, étant donné que les neuf dixièmes des familles qui fréquentent le Dispensaire y sont connues depuis de longues années.

(2) LESOURD. *Contribution à l'étude de la contagion de la rougeole*. Thèse de Paris, 1900, p. 74.

fragile et qu'il suffit d'un moment d'inattention pour compromettre tout ce système. Nous répondrons, que point n'est besoin de barrières ni de cloisons pour réaliser l'isolement, et, nous appuyant sur l'autorité du Pr Grancher nous ajouterons : « avec l'antisepsie, l'isolement du malade même imparfait donne des résultats excellents ; sans l'antisepsie, l'isolement, fut-il individuel et cellulaire, n'arrêtera pas la contagion » (1).

1) GRANCHER. *XIII^e Congrès international de médecine (Section de Médecine de l'Enfance)*, 1900, p. 480.

CHAPITRE III

Quelques mots sur les différentes maladies contagieuses observées au Dispensaire.

Du 1^{er} janvier 1900 au 1^{er} juillet 1908, c'est-à-dire depuis 8 ans 1/2, il a été donné au Dispensaire de la rue Oudinot, 56,963 consultations, et pendant cette même période de temps, 785 enfants atteints de maladies contagieuses ont pénétré dans la salle d'attente de cet établissement.

Le tableau suivant (Voy. 32) montre, par ordre de fréquence, la part qui revient à la coqueluche, la rougeole, la varicelle, la scarlatine et la diphtérie, dans le total de ces affections.

Nous étudierons successivement ces différentes maladies contagieuses dans l'ordre adopté par la nomenclature de la statistique internationale, qui est le suivant : n° 5 : variole, n° 6 : rougeole, n° 7 : scarlatine, n° 8 : coqueluche, n° 9 : diphtérie, n° 18 : érysipèle, n° 19 : oreillons, rubéole, varicelle.

Variole. — Un seul et unique cas a été observé en 1900.

La variole, n'ayant heureusement jamais cessé d'être très peu répandue à Paris, depuis de nombreuses années, cette rareté ne doit pas nous surprendre.

D'autre part, si l'on se reporte aux données classiques sur le mode de contagion de cette maladie, il doit être

TABLEAU

par année des Maladies contagieuses observées au Dispensaire de la rue Oudinot.

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	(1) 1908	TOTAUX
Nombre de										
{ Enfants inscrits.	1.263	1.379	1.318	1.216	1.203	937	1.009	984		
{ Consultations...	6.440	7.117	8.019	7.138	6.781	5.723	6.336	6.427	3.282	56.963
Variole.....	»	4	»	»	»	»	»	»	»	1
Rougeole à la période de										
{ Invasion.....	7	5	1	»	4	3	2	4	2	25
{ Eruption.....	11	6	4	1	7	4	10	4	2	49
{ Desquamation	41	49	49	10	28	12	21	4	3	127
Scarlatine à la période de										
{ Invasion.....	»	»	1	»	»	»	1	»	»	2
{ Eruption.....	1	4	5	1	1	3	10	4	»	29
{ Desquamation	1	»	6	3	»	1	6	8	2	27
Coqueluche.....	52	53	54	7	48	31	42	48	17	352
Diphtérie.....	4	3	9	4	»	3	5	4	»	29
Erysipèle.....	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
Oreillons.....	»	3	4	1	6	1	4	1	»	14
Rubéole.....	4	»	1	»	»	»	»	»	»	2
Varicelle.....	13	26	12	13	13	17	9	15	9	127
TOTAUX.....	98	120	116	40	101	75	110	90	35	785

(1) Pour l'année 1908, les chiffres sont ceux du premier semestre de l'année seulement.

tout à fait exceptionnel qu'une épidémie de variole éclate parmi les enfants ayant séjourné dans une salle d'attente.

On sait, en effet, que des cinq périodes ; d'incubation, d'invasion, d'éruption, de suppuration et de desquamation par lesquelles passe successivement la variole, la première ne présente aucun danger au point de vue de la contagion. Si l'on a observé quelques rares cas de transmission à la période d'invasion, surtout dans les varioles hémorrhagiques, les périodes les plus à craindre n'en restent pas moins, d'après tous les auteurs, celles de la suppuration et de la desquamation. A ces périodes de la maladie il est impossible que la sélection, même la plus imparfaite, ne reconnaisse pas l'allure suspecte de l'enfant et ne s'empresse de l'isoler.

A ce propos, M. le Prof^r Roger rapporte (1) une observation qui montre qu'il faut compter davantage sur *le coup d'œil* d'une personne habituée à voir des varioleux que sur le diagnostic d'un homme de l'art.

« Un malade, atteint de variole, fait venir un médecin qui ne
« pose pas de diagnostic précis et conseille simplement le change-
« ment d'air. Notre homme se rend chez des parents habitant dans la
« banlieue ; il voyage en tramway, arrive dans le village, où il se
« trouve en contact avec une série d'amis. Le lendemain, c'était
« un dimanche, on reçoit du monde à dîner et tous les invités
« regardent et touchent les boutons de chaleur dont notre homme
« est atteint. Cependant, le lundi, le malade se sentant plus souf-
« frant, fait appeler le médecin du pays. Celui-ci, qui n'avait
« jamais vu de variole, pense à une affection cutanée bizarre, et
« conseille simplement une pommade à l'oxyde de zinc. Le mer-

(1) G.-H. ROGER. *Les maladies infectieuses*, p. 71. Paris, 1902, Masson et C^{ie}
DE LE VALLÉE. 3.

« credi, notre homme se sentant décidément plus mal, revient à
« Paris ; il reprend le tramway, l'omnibus, rentre chez lui et
« appelle un médecin qui lui conseille des bains d'amidon fré-
« quemment répétés. Pour mieux suivre le nouveau traitement, le
« malade se décide à entrer à la maison Dubois. Mais, comme on
« l'avait regardé avec un certain dégoût dans le tramway qui, la
« veille, l'avait ramené à Paris, il fait demander une ambulance
« urbaine. Celle-ci arrive et, dès que la surveillante voit le malade,
« elle reconnaît sans hésiter la variole et conduit l'individu dans
« notre service ».

D'autre part, l'immunité conférée par la vaccine étant de cinq à dix années, si tous les enfants amenés aux consultations ont été vaccinés, ils ne doivent courir aucun risque.

Ce fut jusqu'à l'an dernier l'opinion du D^r Bresset, mais au mois de mars 1907, à la suite d'une enquête faite par MM. Détré et Crémieu (1), pour rechercher si, comme le prescrit la loi du 15 février 1902 (2), tous les enfants qui se présentaient avaient été vaccinés, il fut reconnu que 150 seulement sur 200, portaient des cicatrices vaccinales, que par contre 29 n'avaient jamais été vaccinés et que 21 autres avaient été inoculés sans succès.

1 DÉTRÉ et CRÉMIEU. Enquête sur la vaccination chez les enfants (statistique recueillie au Dispensaire de la Caisse des Ecoles du VII^e arrondissement). *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie*, avril 1907.

(2) La loi du 15 février 1902 porte que la vaccination anti-varioloque est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la 11^e et de la 21^e année. Les parents et tuteurs sont tenus personnellement et sous peine d'amende de l'exécution de cette mesure. Dans le cas d'insuccès, ajoute le règlement d'administration publique, la vaccination doit être renouvelée une deuxième et au besoin une troisième fois, le plus tôt possible.

En fait, le quart des enfants amenés à la consultation n'était pas effectivement vacciné, et, comme le faisaient justement remarquer Détré et Crémieu, couraient le risque d'être contagionnés si un varioleux s'était glissé parmi eux. Et ces auteurs ajoutaient : « Ainsi ce n'est plus seulement avec la rougeole et la coqueluche, la scarlatine et la diphtérie que doivent compter ceux qui ont la charge d'une agglomération d'enfants (Dispensaire ou Consultation de nourrissons) ; mais encore avec la variole qu'on a tendance à oublier, parce qu'en théorie — en théorie seulement — la vaccination devrait avoir supprimé ce danger.

« Heureusement la prophylaxie est simple. Il suffira d'examiner tous les enfants à leur entrée et de vacciner régulièrement tous ceux qui ne l'ont pas été. C'est ce qui est fait maintenant au Dispensaire de la rue Oudinot, où, jusqu'ici le docteur Bresset, qui dirige ce Dispensaire, se contentait d'une séance mensuelle de vaccination, s'en remettant pour le reste aux services officiels. »

Rougeole — Nous avons relevé sur les fiches individuelles, 201 cas de rougeole, mais ici une division s'impose suivant que les enfants porteurs de cette affection contagieuse ont été amenés à des périodes différentes de la maladie.

Pour tous les auteurs, en effet, la rougeole n'est pas contagieuse à la période d'incubation dont la durée est de huit à neuf jours. (Béclère) (1), (Sevestre)(2), mais peut

(1) BÉCLÈRE. *De la contagion de la rougeole*. Th. de Paris 1882.

(2) SEVESTRE. *Revue des maladies de l'enfance*, 1886.

être plus longue chez les très jeunes enfants (Bard) (1). Il est généralement admis que c'est dès au début de la période d'invasion que la contagion est le plus à redouter et que le danger reste grand pendant les premiers jours de l'éruption, (Sevestre) (2) (Bard) qui se manifeste treize ou quatorze jours après que l'individu a été contaminé.

Enfin, dans la période de desquamation, le rougeoleux, sauf de rares exceptions, n'est plus dangereux pour ceux qui l'entourent.

Grancher (3), a montré que ce n'est pas par l'air expiré que se propage la maladie, comme l'avait d'abord cru Sevestre, (4) et que si l'air doit être incriminé, c'est parce qu'il a été souillé par des mucosités nasales ou bronchiques desséchées.

Le plus souvent et surtout lorsqu'il s'agit de réunions d'enfants, la maladie est transmise par contact direct. Quant à la contagion indirecte, elle s'observe surtout dans les hôpitaux (Grancher) (5).

De ces notions succinctes, il résulte que la rougeole est surtout contagieuse à la période pré-éruptive. C'est précisément la raison pour laquelle la contagion s'exerce si facilement. Dans certains cas, en effet, l'invasion de la rougeole est insidieuse, le catarrhe oculo-nasal est fruste ou même absent, la fièvre passe inaperçue ; lorsque quelques jours plus tard apparaît l'éruption et qu'on se hâte d'isoler l'enfant, il est trop tard.

(1) BARD. *Epidémiologie de la rougeole. Rev. d'hyg.*, 1891.

(2) SEVESTRE. *Bulletins de la Soc. Méd. des Hôp.*, 1889.

(3) GRANCHER. *Ibid.*

(4) SEVESTRE. *Ibid.*

(5) GRANCHER. *Ibid.*

Il n'est donc pas étonnant que, dans ces conditions, nous ayons observé quelques contaminations dans la salle d'attente du Dispensaire. Et en effet, bien que la proportion des enfants amenés à la période d'invasion de la maladie n'atteigne guère plus du dixième des rougeoleux observés, toutes les épidémies que nous avons observées (Voy. p. 25) sont imputables à une de ces rougeoles non dépistées à la période pré-éruptive.

La contagion s'est exercée dans la proportion respective de 18 0/0, 22 0/0 et 33 0/0 déduction faite des enfants ayant déjà eu la rougeole.

En 1906, en 1907, et jusqu'au 1^{er} juillet 1908, nous n'avons observé que deux rougeoles contractées dans la salle d'attente, l'une à la consultation du 18 juin 1907 ; l'autre à celle du 18 avril 1908. Nous avons vu précédemment (p. 28), en étudiant les mesures prophylactiques actuellement en usage au Dispensaire, la cause de cette disparition presque totale des cas de contagion.

Scarlatine. — Sur les 58 cas de scarlatine que nous avons relevés, deux seulement furent amenés au Dispensaire à la période d'invasion, 29 à la période d'éruption et 27 à la période de desquamation.

Or, pendant longtemps il fut admis que la scarlatine était surtout contagieuse à la période de desquamation. Cependant pour Girard, Cadet de Gassicourt, Bohn, Sévestre (1), la contagion s'observe pendant la période d'éruption et d'après Lemoine (2) pendant l'invasion.

(1) Louis GUINON. *Tr. de Médecine de CHARCOT et BOUCHARD*. Art. Scarlatine, t. II, p. 41.

(2) LEMOINE. (G. H.) Contagiosité de la scarlatine. *Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp.* 1895.

Pour ces auteurs, le contagé est vraisemblablement transporté par les mucosités de la gorge et de la bouche.

Les squames ne joueraient donc qu'un rôle secondaire et si elles sont contagieuses c'est parce qu'elles ont été souillées par la salive du malade. (A. Bergé) (1).

Enfin, on a signalé quelques cas où la contagion semblait s'être exercée après toute desquamation. Cela tiendrait à la persistance prolongée du contagé dans le rhinopharynx des convalescents (Borel) (2), surtout chez ceux qui sont porteurs de grosses amygdales ou de végétations adénoïdes (Barlow) (3).

Quoi qu'il en soit, c'est par contact direct ou par contagion indirecte que se transmet presque toujours la maladie, et malgré le nombre relativement considérable des malades venus à la période d'éruption et de desquamation, jamais il n'a été donné d'observer au Dispensaire aucune épidémie de scarlatine.

Coqueluche. — C'est de beaucoup la plus fréquente des maladies contagieuses que nous ayons rencontrées au Dispensaire : elle compte en effet dans notre statistique pour 352 cas.

Une statistique de 380 cas de coqueluche avait été dressée au même Dispensaire, pour la période 1897-1903 par le Dr G. Deschamps. Ce travail « sur le Pronostic de

(1) A. BERGÉ. *Pathogénie de la scarlatine*. Th. de Paris, 1895.

(2) BOREL. *Sur la durée de la contagiosité de la scarlatine*. Th. de Paris, 1897.

(3) BARLOW. An analysis of 832 cases of Scarlet Fever. « *The Practitioner* », 1907

(4) DESCHAMPS. *Sur le pronostic de la coqueluche*. *Statistique du Dispensaire de la Caisse des Ecoles du VII^e arrondissement*. Th. de Paris, 1904, p. 40, G. Steinheil, édit.

la coqueluche » vient à l'appui de l'aphorisme attribué à Cadet de Gassicourt. « La coqueluche est une maladie qu'il faut soigner au Dispensaire et non à l'hôpital. » En effet Deschamps peut écrire : « En comparant la « mortalité par coqueluche dans les Hôpitaux d'enfants « (16,2 ‰) (1) avec celle de notre statistique (5, 4 ‰, « nous trouvons une différence de 2/3 en faveur du « Dispensaire. »

Il ajoute enfin dans ses conclusions : « La prophylaxie efficace de la coqueluche, aussi bien que celle des affections pulmonaires aiguës de la première enfance, sont encore loin d'être réalisées ; aussi il n'y a pas lieu d'être surpris que la mortalité par coqueluche n'ait pas sensiblement diminué à Paris depuis 30 ans et que sans atteindre la gravité de la rougeole, la coqueluche continue à occuper une place prépondérante parmi les maladies infectieuses les plus à redouter de la population infantile de Paris. »

Sur ses 243 observations suivies, Deschamps a relevé 38 cas de contagion familiale et il insiste sur ce mode de propagation de la maladie surtout aux nourrissons pour qui la gravité de la coqueluche est extrême. « Un enfant de 2 à 5 ans qui fréquente l'école maternelle ou se promène le long des avenues et dans les squares du quartier prend la coqueluche d'un de ses camarades d'école ou de jeux ; trois semaines après un frère ou une sœur plus jeune est pris à son tour » (2).

La plupart des auteurs admettent que la contagion de

(1) Chiffres tirés de l'*Annuaire statistique de la ville de Paris*.

(2) DESCHAMPS, *Loc. cit.*, p. 157.

la coqueluche s'effectue surtout à la période des quintes et cesse d'être possible à la période de déclin.

M. Weill (1), cependant, pense que la contagion peut s'effectuer à la période catarrhale. S'il en est ainsi, on conçoit qu'il soit difficile d'éviter la contagion, attendu qu'à la période qui précède les quintes rien ne permet encore de faire le diagnostic de la maladie.

Si, d'autre part, un simple contact fortuit (Comby) (2) peut suffire à transmettre la coqueluche, la prophylaxie de cette maladie doit présenter de sérieuses difficultés.

L'étude de nos observations ne semble pas justifier ces craintes. Nous n'avons pas à notre passif plus d'une dizaine de coqueluches », écrivait Maumené en 1906 (3) et depuis cette époque aucun des 107 enfants atteints de coqueluche et traités au Dispensaire de janvier 1906 à juillet 1908 n'en a contagionné d'autres à la consultation.

Diphtérie. — Pendant ces huit dernières années, 29 enfants ont été amenés au Dispensaire, atteints de croup ou d'angine diphtérique.

Il est certain que la prophylaxie permet de restreindre de plus en plus la fréquence de cette maladie, en même temps que le traitement séro-thérapique en améliore le pronostic. Elle demande cependant une surveillance étroite, telle qu'elle ne peut être réalisée que dans un service hospitalier où l'on sera en mesure, à toute heure

(1) WEILL cité par COMBY. *Traité des maladies de l'enfance*, t. I, p. 293.

(2) COMBY. *Traité des maladies de l'enfance*. Coqueluche, t. I, p. 292.

(3) MAUMENÉ. Th. de Paris, 1906, p. 15.

du jour ou de la nuit, de pratiquer le tubage ou la trachéotomie rendus nécessaires. Aussi, dès que le diagnostic est porté, le Dr Bresset fait-il conduire séance tenante l'enfant diphtérique à l'hôpital, d'où il ne sortira que lorsqu'il sera guéri et considéré comme non contagieux.

On admet que la contagiosité de la diphtérie dure autant que la période d'état et s'exerce — directement ou indirectement — par l'intermédiaire de débris de fausses membranes expectorés.

Cependant, d'après Bard (1), la contagiosité s'exercerait même dès la période de début. Il est démontré que dans quelques cas le bacille de la diphtérie peut persister avec sa virulence chez des sujets convalescents ; dans certains cas exceptionnels cette persistance peut être de plusieurs mois (Sevestre et Mery).

Le bacille de Lœffler peut exister dans la gorge de sujets sains, n'ayant pas la diphtérie, mais le fait doit être considéré comme exceptionnel ; même lorsqu'on examine la gorge ou le nez des personnes qui vivent en contact avec les diphtériques, les résultats positifs sont rares.

Ce sont là les conclusions des recherches de Bourcart, faites dans le laboratoire de M. Marfan (2). Celui-ci ajoute, dans son beau livre sur la diphtérie (3) : « il est « probable que dans les cas d'apparence sporadique, la « contagion provient le plus souvent d'un sujet atteint

1) BARD. De la propagation et de la prophylaxie des épidémies de diphtérie. *Lyon méd.*, 1899.

(2) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, septembre 1903.

(3) *Leçons cliniques sur la diphtérie*, Paris, 1903. Masson et C^e.

« de diphtérie méconnue, surtout d'une diphtérie nasale,
« ou bien d'un sujet convalescent de diphtérie. »

Ces données doivent-elles entraîner des conséquences pour la prophylaxie de la diphtérie ? « En fait, dit « M. Marfan, on ne devrait faire cesser l'isolement « du malade que lorsque l'examen bactériologique du « mucus pharyngé et du mucus nasal a montré l'absence « du bacille de la diphtérie et nous conseillons d'agir « ainsi toutes les fois que cet examen est possible. » (1)

Les prescriptions sanitaires allemandes exigeraient même trois examens successifs (2) et de leur côté, MM: Netter et Bourges réclamaient il y a quelques années « l'examen systématique de la gorge des éco- « liers » (3).

Nous n'avons observé aucun cas de contagion dans la salle d'attente du Dispensaire, mais nous devons reconnaître que dans les trois quarts des cas la sélection s'est faite dès l'arrivée, et qu'il n'y eut aucun contact possible entre le malade atteint de diphtérie et les autres consultants.

Est-il besoin de dire que nous avons veillé à ce que tous les frères et sœurs des enfants atteints subissent une injection préventive de sérum antidiphtérique.

1) MARFAN. *Loc. cit.* p. 271.

(2) MAERTHER. *Deutsche Militär-Aeetliche Zeitschrift*, 1900, H. 5. — La persistance analogue de bacilles d'Eberth dans les excréta de sujets cliniquement guéris de fièvre typhoïde a été l'occasion en Allemagne de mesures prophylactiques rigoureuses. De l'aveu de Braun, la morbidité et la mortalité typhiques n'ont pas été modifiées de 1901 à 1904 dans le district de Trèves où l'on a commencé cette campagne hygiénique (*Arbeit aus der Kaiser-Gesundheitsamte*. Berlin, 1906, rapporté par Debré in *Presse médicale*, 1908.

(3) Société de Médecine publique et de Génie sanitaire, 23 avril 1902.

Erysipèle. — C'est une maladie que l'on isole généralement, aussi un seul cas classique d'érysipèle a été observé à la consultation. Par contre, nous voyons chaque année 3 ou 4 strumeux, toujours les mêmes, venir se faire soigner, pour des lymphangites érysipélateuses de la face, dont le point de départ est presque constamment une érosion des lèvres ou de l'aile du nez. La contagion, qui peut se faire d'une façon directe ou d'une façon indirecte est sans doute beaucoup moins à redouter que celle des fièvres éruptives, et d'autant moins que la plus rigoureuse antisepsie règne dans les salles d'attente, de déshabillage et de consultation.

Oreillons. — C'est une affection pour laquelle on réclame rarement les services du médecin dans la classe ouvrière. Aussi, peu nombreux sont les cas que nous en avons relevés (14). Cette affection, qui s'observe presque toujours de façon épidémique, ne s'est cependant dans aucun cas propagée aux enfants amenés à la consultation. Cela tient probablement à ce que les oreillardes ne sont amenés au Dispensaire que lorsque le gonflement parotidien est très apparent. A ce moment la contagiosité est déjà très atténuée ; celle-ci existe surtout pendant la longue période (15 à 21 jours) de l'incubation, et au début du gonflement parotidien (1).

Nous savons d'autre part que la transmission se fait surtout directement d'un enfant à un autre. Nous avons vu précédemment (p. 26) que la discipline adoptée dans la

(1) COMBY. *Traité des maladies de l'enfance*. Art. Oreillons, t. I, p. 266 (1^{re} éd.).

salle d'attente du Dispensaire, empêche les enfants de jouer ensemble et par conséquent diminue les chances de contagion. Il ne faut pas oublier enfin que « la force d'expansion des oreillons n'est pas très grande » (Comby) (1) et que dans les épidémies d'école on signale que beaucoup d'enfants nettement exposés à la contagion n'ont pas été atteints.

Rubéole. — Nous ne dirons que quelques mots de la rubéole dont deux cas seulement furent diagnostiqués au Dispensaire.

Cette maladie, dont la spécificité est maintenant reconnue par tous les auteurs, présente, après une incubation d'une durée moyenne de 18 jours, où elle n'est pas contagieuse, et une courte invasion qui ne dure que quelques heures, une éruption suivie de desquamation.

C'est pendant l'invasion et l'éruption que s'effectue surtout la contagion (Comby). Cependant, bien que nos malades aient été amenés au Dispensaire à cette période, les deux cas sont restés isolés.

Varicelle. — La varicelle est après la rougeole, la plus fréquente des maladies éruptives. Elle est « extrêmement contagieuse » (2) surtout au début et pendant les premiers jours de l'éruption, par contact direct ou indirect. Nous n'en avons cependant pas observé d'épidémie inté-

(1) COMBY. Art. Varicelle in *Traité des maladies de l'enfance*, t. 1, p. 255

(2) COMBY. *Traité des maladies de l'enfance*, t. 1, p. 267.

rieure au Dispensaire et cela sans doute pour les raisons que nous avons déjà exposées à propos des oreillons. La bénignité ordinaire de cette maladie diminue beaucoup d'ailleurs l'intérêt de sa prophylaxie.

Sur 127 cas relevés au Dispensaire, le seul qui ait réellement jeté l'alarme fut celui d'une fillette pour qui le diagnostic resta d'abord hésitant entre une varicelle et une variole. La constatation d'un rash, exceptionnel dans la varicelle, légitimait cette hésitation ; l'évolution de la maladie et surtout la constatation quinze jours plus tard d'une varicelle normale chez les deux jeunes frères de cette enfant, levèrent nos doutes.

Le P^r Roger a insisté sur la difficulté que présente parfois ce diagnostic (1). « Il me serait facile, écrit-il, de citer un grand nombre de cas où des malades atteints de variole légère et discrète, ont été déclarés atteints de varicelle et ont été le point de départ d'épidémies souvent graves. »

Dans le cas que nous venons de signaler, le D^r Bresset suivit en tous points le conseil que donnait comme conclusion le D^r Roger. « Dans le doute, mieux vaut prendre trop de précautions : isoler le malade et revacciner l'entourage. La variole étant de toutes les infections, celle qu'on évite le plus facilement, on conçoit quelle est la responsabilité morale du médecin qui, par négligence ou ignorance, aura laissé se propager le mal. »

(1) ROGER. Diagnostic de la variole. *Presse médicale*, 8 février 1902.

Les classiques eux-mêmes sont loin d'être d'accord sur la durée d'incubation des maladies contagieuses dont nous venons de parler. Aussi avons-nous jugé nécessaire de reproduire dans le tableau ci-dessous les chiffres donnés par le Prof^r Roger, dans son beau livre sur les *Maladies infectieuses*, chiffres établis d'après des observations personnelles au nombre de plus de 8000.

Maladies contagieuses. — Durée d'incubation (1).

	Moyenne	Minima	Maxima
Variole.....	12 jours	7 jours	15 jours
Rougeole.....	9 —	4 jours	14 jours
Scarlatine.....	2 à 5 jours	7 heures	7 semaines
Coqueluche.....	8 jours	2 jours	8 jours
Diphthérie.....	2 jours	2 jours	15 jours
Erysipèle.....	4 à 6 jours	3 heures	22 jours
Oreillons.....	15 jours	7 jours	30 jours
Rubéole.....	18 jours	5 jours	21 jours
Varicelle.....	14 à 15 jours	13 jours	19 jours

« **Fourth Disease** » ou **Quatrième maladie**. — A côté de la rougeole, de la rubéole et de la scarlatine, les trois exanthèmes fébriles classiques, Cl. Dukes et Filaton (2) ont décrit dans ces dernières années une fièvre éruptive

(1) D'après le tableau de G.-H. Roger. In *Les Maladies infectieuses*, p. 1122, Paris 1902 (Masson et C^{ie}).

(2) *Revue des maladies de l'enfance*, 1905, p. 82.

nouvelle à laquelle le premier a donné le nom de « Fourth disease », le second de « rubéole scarlatineuse ». Tenant en effet de la rubéole et de la scarlatine, elle s'en distinguerait toutefois par un ensemble de caractères qui lui assureraient une autonomie clinique incontestable.

Mais MM. Comby, Dureau, et Defoug (1) qui ont écrit récemment sur cette question s'accordent à la considérer comme une forme de rubéole ou encore de « scarlatinéole ».

Nous devons dire, en tout cas, que cette affection n'a jamais été rencontrée au Dispensaire de la rue Oudinot.

(1) Voy. DEFOUT. *Archives de Médecine militaire*, 1908, n° 5.

CONCLUSIONS

Il est admis sans conteste que toute agglomération d'enfants présente des dangers de contagion, et l'une des préoccupations les plus hautes des médecins qui dirigent une œuvre d'Assistance de l'enfance, Dispensaire, Consultation de nourrissons ou Goutte de lait, doit être de préserver les petits malades pendant leur séjour dans les locaux où sont données les consultations.

La prophylaxie des maladies contagieuses de l'Enfance peut être réalisée par la *sélection* et par l'*isolement* ; mais, comme l'a montré le Prof. Grancher, ni l'un ni l'autre de ces moyens de préservation ne peuvent donner de bons résultats sans l'*antisepsie* :

*
* *

La *sélection* des enfants, pratiquée dès leur arrivée, à la porte de la salle d'attente, permet de reconnaître et d'éliminer immédiatement tous ceux qui sont atteints d'une affection contagieuse nettement caractérisée. Elle rend chaque jour d'immenses services ; elle constitue une première barrière contre les épidémies et ne doit jamais être négligée. Mais l'examen ainsi pratiqué, forcément rapide et superficiel, est insuffisant pour

dépister les malades à la période d'invasion d'une affection contagieuse.

*
* *

L'isolement théorique et absolu de chaque enfant dans un box séparé aboutit à l'encellulement, c'est dire qu'il est irréalisable dans les Oeuvres de bienfaisance comme les Dispensaires, les Consultations de nourrissons, les Gouttes de lait. — « Mais l'isolement peut s'entendre de bien des manières et il a plusieurs formules » (Grancher).

Celle que nous avons vu mettre en usage au Dispensaire de la rue Oudinot repose sur le principe suivant :

Empêcher tout contact, aussi bien entre les enfants qui viennent consulter qu'entre les personnes qui les accompagnent, pendant toute la durée de leur séjour dans la salle d'attente.

Pour réaliser ce genre d'isolement, la condition essentielle est d'éviter l'encombrement et il est possible d'y parvenir aux conditions suivantes :

1° Disposer de locaux assez vastes et bien aménagés, avec une entrée et une sortie distinctes ;

2° Proportionner la durée et le nombre des séances de consultation au nombre des consultants, de manière à éviter l'encombrement ;

3° Réduire au minimum le séjour dans la salle d'attente, en commençant la consultation médicale dès l'ouverture des portes ;

4° Disposer d'un personnel numériquement suffisant et parfaitement stylé pour veiller constamment à la bonne exécution des prescriptions précédentes.

*
* *

L'antisepsie rigoureuse du personnel, des locaux et des objets en contact avec les consultants est le complément indispensable de cet isolement.

*
* *

C'est grâce à l'antisepsie que le système bien fragile d'isolement que nous venons de décrire donne des résultats excellents depuis qu'il est mis en pratique au Dispensaire de la rue Oudinot.

En effet, depuis 2 ans et demi, nous avons relevé 235 consultations données à des enfants atteints de maladies contagieuses, sur lesquelles nous comptons 49 rougeoles, dont 2 seulement ont été contractées au Dispensaire.

Il semble donc possible, sauf en ce qui concerne la rougeole, d'assurer sans de trop grandes dépenses, la prophylaxie des affections contagienses, dans les œuvres d'assistance de l'Enfance dépendant de la Bienfaisance privée.

Vu :
Le Doyen :
M. LANDOUZY.

Vu :
Le Président de la Thèse,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

PIÈCE JUSTIFICATIVE N° 1

FONCTIONNEMENT DU DISPENSAIRE

Consultations et distribution de médicaments

les mardis, jeudis, samedis

ENTRÉE DE 2 HEURES A 3 HEURES 1/2

Distribution de lait stérilisé

tous les jours de 9 heures à 11 heures,
et les mardis, jeudis et samedis, de 3 heures à 5 heures

DIMANCHES ET JOURS FÉRIÉS EXCEPTÉS

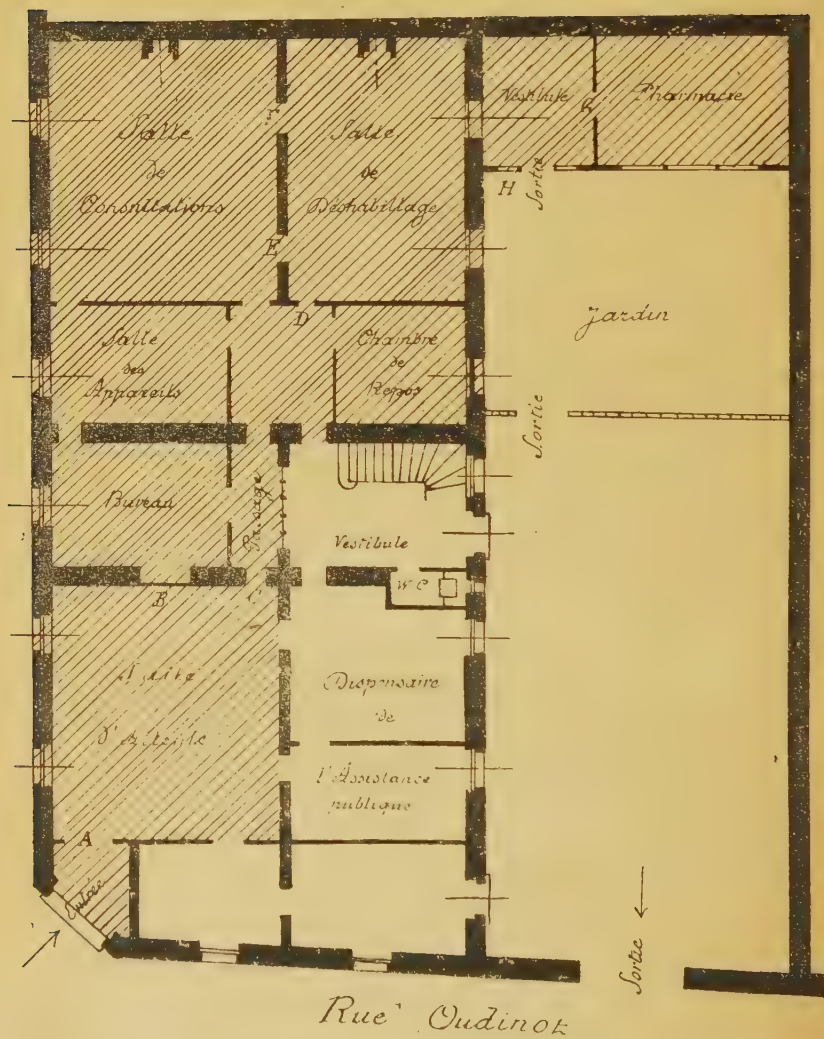
Vaccinations

à toutes les consultations

Consultations pour les maladies de la bouche et des dents

les jeudis à 2 heures

[Plan du Dispensaire de la rue Oudinot



DESCRIPTION GÉNÉRALE DU DISPENSAIRE

Le Dispensaire est installé au rez-de-chaussée d'un immeuble loué par la Caisse des Ecoles à l'Assistance publique et occupé précédemment par une Maison de secours.

La distribution générale n'en pouvant être modifiée, on dut se contenter d'adapter les locaux existants à leur nouvelle destination.

Le plan ci-contre (p. 52) évitera une description longue et fastidieuse.

Les enfants pénètrent dans la *salle d'attente* par la porte A, sont inscrits au guichet B, donnant sur le bureau, passent de la salle d'attente à la *salle de déshabillage* par le couloir C. D. Un porte-vêtements individuel en fer galvanisé est placé en face de chaque enfant, dont les vêtements restent ainsi isolés de ceux des voisins.

De la salle de déshabillage les enfants passent à tour de rôle dans la *salle de consultation* où ils sont examinés par le médecin. Munis de leur ordonnance et leurs enfants rhabillés, les mères vont présenter leur ordonnance au guichet de la *pharmacie* G, attendent dans le vestibule l'appel du numéro de leur ordonnance, et sortent, nanties de leurs médicaments, par la porte H, de là elles regagnent la rue Oudinot en traversant le jardin et la cour.

Pour l'aménagement tout a été sacrifié à la propreté la plus rigoureuse, et l'on s'est attaché avant tout à faire disparaître des salles, dans lesquelles séjournent ou passent les malades, ce qui pouvait servir de réceptacle aux poussières. Les saillies, les objets fixés aux murs ont été enlevés, les planchers remplacés par des carrelages céramiques, partout où séjournent les malades, ou imperméabilisés à la paraffine, là où ils ont été conservés. Il a été installé un double système de chauffage; chauffage à vapeur à basse pression pour l'hiver, chauffage au gaz pour le reste de l'année. Tous les meubles sont en fer ou en bois peint au ripolin et par conséquent faciles à nettoyer.

Depuis cette époque, les plus rigoureuses mesures de propreté n'ont jamais cessé d'être observées. Le sol des salles est lavé après chaque consultation, et, en dehors des fréquentes désinfections par les vapeurs de formol ou d'eau oxygénée, toutes les peintures de toutes les salles sont lessivées deux fois par an.

PIÈCE JUSTIFICATIVE N° 2

Nous transcrivons ici, à titre de document intéressant, la circulaire la plus récente (1907) du Ministre de l'Instruction publique concernant la prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles communales.

Circulaire relative aux précautions à prendre dans les établissements publics d'enseignement primaire, contre certaines maladies contagieuses.

Le Ministre déclare tout d'abord que, désireux de mettre fin à une incertitude qui est de nature à inquiéter les familles, il a résolu de retrancher la pelade du nombre des maladies contagieuses, et cela conformément à la solution adoptée par le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

Voici, d'autre part, les mesures qui doivent être prises, lorsque les maladies ci-dessous désignées sévissent dans les écoles :

Variole. — Eviction des enfants malades (durée : quarante jours). Destruction de leurs livres et cahiers. Désinfection générale. Revaccination de tous les maîtres et élèves.

Scarlatine. — Eviction des enfants malades (durée : quarante jours). Destruction de leurs livres et cahiers. Désinfection générale. Licenciement si plusieurs cas se produisent en quelques jours malgré toutes précautions

Rougeole. — Eviction des enfants malades (durée : seize jours). Destruction de leurs livres et cahiers. Au besoin, licenciement des enfants au-dessous de six ans.

Varicelle. — Evictions successives des malades.

Oreillons. — Evictions successives de chacun des malades (durée : dix jours).

Diphthérie. — Eviction des malades (durée : quarante jours). Destruction des livres, des cahiers, des jouets qui ont pu être contaminés. Désinfections successives.

Coqueluche. — Evictions successives (durée : trois semaines).

Teigne. — Evictions successives. Retour après traitement et avec pansement méthodique.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
Tableau des Décès par Variole, Rougeole, etc., à Paris, de 1903 à 1907.....	12
CHAPITRE I. — Historique.....	13
CHAPITRE II. — Essais de Prophylaxie à la Consultation du Dispensaire.....	23
CHAPITRE III. — Quelques mots sur les différentes maladies contagieuses observées au Dispensaire.....	31
CONCLUSIONS.....	48
Fonctionnement du Dispensaire.....	51
Plan du Dispensaire.....	52
Description du Dispensaire.....	53
Circulaire sur la Prophylaxie des maladies contagieuses dans les Ecoles.....	54



Saint-Brieuc. — Typ. F. GUYON (1010-6-8-2).

Travail exécuté en commandite par des ouvriers syndiqués

63

